
.Net
La Faculté
Seek Knowledge





Dvlp^t psycho-moteur

ensemble de progrès et d'aquisit° et l'évolut° sur ≠ plans = moteur, cognitif, psychoaffectif, relationnel
= interract° entre personne et environn^t.
liée à : maturat° cérébrale { établis^t interconnect°, myélogenèse, x° des ϕ gliales }
stimulat°
échanges affectifs

∴ **À la naissance** : NNÉ centré sur ses besoins physiologiques

↳ les RFlxes : - succion - déglutit°, pupillaire, de retrait ← RFlxes d'adaptat° ⇒ pour survivre
- RFxes primaires = archaïque (si ∃ > 6mois = pathologique)

↳ Tonus musculaire : hypotonie axiale + hypertonie des mbres (fléchisseurs)
= attitude en quadriflexion de tt NNÉ à terme.

↳ le sens : - odorat ⊕
- gout ⊕ sucré + amer
- vision 1/10 + RFlxe oculomoteur ⊕ + ∃ strabisme convergent intermittent < 1 mois
ϕ accomodat°, fixe objet lumineux
- audit° ⊕ + reconnait qlq voix : mère+++, réagit aux bruits forts
⚠ surdité bilat à naissance → mutisme

↳ interract° NNÉ - mère+++

⚠ le dvlpt du NNÉ se fait par stades qui se succèdent tjrs ds m̂ ordre
chq Ⓔ a un rythme de dvlpt propre à lui qui est influencé par environn^t

* le dvlpt du contrôle musculaire se fait de tête → pieds.
et du centre → périphérie } ↓ tonus fléchisseur mbs + ↗ tonus axial
ce qui permet la préhension + locomot°
ex : contrôle de la tête avant s'assoir
" des bras avant mains + doigts.

⚠ RFlxes archaïques : RFxe de Moro - Grasping RFlxe - RFlxe des pts cardinaux - RFxe de succion - RFlxe de marche automatique - RFxe d'enjambemt - RFlxe d'allongt croisé - RFxe d'incurvat° lat du tronc - RFxe profond de la nuque.

⚠ Énurésie > 4 ans

Age	Dvlpt moteur	Dvlpt perceptif	langage	Dvlpt relationnel
1e-2e mois	- contrôle tête instant si (E) tenu assis - si décubitus ventral : soulève menton 45° * Préhension : grasping+++ 2e mois : grasping discret.	• vision : Fixe un objet et le suit à 90° 2e mois : Fixe visage + suit objet 180° • audit° : fines discriminat° "p" et "b" 2e mois : localise bruits • olfact° : grde sensibilité l'aide à l'établisst des liens sociaux + attacht + dvlpt de fonct° alimentaire + signal d'alerte	2e mois : début des rires et articulat° des sons de voyelles.	- réceptif à la voix de la mère - 2e mois : sourire réponse
3e-4e mois	- tenue de la tête - soulève tête 90° en décubitus ventral en appuyant sur bras = mobilise la tête volontairemt * Préhension : grasping disparaît remplacé par Préhension contact (involontaire)	• vision : tourne tête pour Fixer un objet + regarde sa main - poursuite oculaire • audit° : tourne tête vers la source sonore ; très ss à la voix humaine + musique	gazouille langage du corps = découvre son corps	- Explore un regard - découvre ses mains et les porte à la bouche. - s'intéresse à l'environnemt.
5e-6e mois	- posit° assise + appui sur les mains en avant. - Prend appui sur ses mains pour se soulever en posit° ventrale - 6e mois : stade du sauteur : tenu debout, il sautille * Préhension cubito-palmaire : volontaire	- capacité visuelle = ⊕ accomodat° - Percept° de l'espace en 3D - 6e mois : peut discriminer des sons à fréq ≠ tourne la tête à l'appel de son prénom	babillage, lallat°	- réagit aux visages étrangers - découvre ses pieds et les porte à sa bouche
7e-8e mois	- tient assis sans appui - peut se pencher - roule sur lui m - rampe sur le ventre à reculon puis à l'avant. - Préhension radio-palmaire en pince inf - peut passer l'objet d'1 e main à l'autre - relâcht volontaire et globale	- sait écouter - s'agite sur des musiques rythmées.	- Sons des consonnes puis Sylabes - babillage	Répond à l'appel de son prénom - 7e mois = expression de la peur

Age	Dvlpt moteur	Dvlpt de la préhension	dvlpt du langage	dvlpt social + affectif
9e - 10e mois	- 10e mois : marche à 4 pattes, debout avec appui.	- radio-digitale en pince sup - objet saisi entre pouce et index - place un objet ds main de l'examinateur = échange - début de l'indépendance manuelle	- langage gestuel = au revoir - Syllabes redoublées, comprend sens d'une phrase.	- comprend la significat° du non - curieux dett, activité débordante.
11e - 12e mois	- marche tenu par 2 puis 1 main - marche avec appuis - tient debout un instant sans appui.	- il a le sens du Mt du but - introduit et retire un objet d'une boite - relâch^t volontaire fin et précis, saisit un objet qu'on lui tend - jette les objets, les reprend - sens de la profondeur, du solide, du haut et du bas	- Premiers mots : 2-3	- boit à la tasse, mange avec ses doigts - embrasse sur commande - émot° de fierté, de honte, de gêne
15e - 18e mois	- marche seul à 15 mois - court à 18 mois et monte les escaliers	- sait tenir une cuillère - sait tourner les pages d'un livre - sait reproduire un trait sur le papier. - joue avec les premiers puzzles (tour à 3 cubes)	- langage significatif : associat° de 2 mots ou plus - 5-10 mots	- 18-24 mois : dvlpt de la conscience de soi : refus d'aide, attitude propriét[aire], début du négatisme - marche = explore envir[onnement] 1er signe de contrôle sphin[ctérien] : signale qu'il est mouill[é]
>2 ans	- descend les escaliers - court vite - aquisit° de l'équilibre	- indépendance manuelle - mange seul, ouvre les portes, s'habille seul Contrôles sphinctériens → 24 mois → propreté diurne; 36 mois → propreté nocturne; contrôle anal puis [illegible]	- constitue des phrases - maîtrise des symboles = intelligence = objet devient une image mentale	- construct° du moi : utilise je, moi, veut faire seul - à 3 ans : phase œdipienne, jeu collectif, groupe ++ - besoin d'aimer, d'être aimé par parents, être rassuré et écouté.

(RAA lèche les art°, et mord le cœur)

: > 3 ans :

cognit° :
- attent° sélective, concentrat°, TRT de l'inf°, percept° spaciale
- évolut° de la pensée et du raisonnt
- dissociat° du réel de l'imaginaire
- esprit critique + mémoire
- pensée concrète + accès à l'abstract°

Affect + relat° :
- sédat° des tensions sexuelles de la phase oedipienne car il découvre de nouveaux centres d'intérêt : jeux collectifs+++, camarades, se passionne pour les héros.
- l'École favorise l'apprentissage des compétenses + socialisat°, écriture+

Evaluat° du Dvlpt psycho moteur :

1- interrogatoire :
- ATCDs F + CSE
- déroulemt de gsse + accouch^t.
- Période néonat : infect°, ictère, réa, ...

2- Ex. cl :
- NNé bien éveillé, ayant tété min 1h avt, ∅ mdie Â.
- examen somatique complet + recherche de dysmorphies
- examen Neuro :
  - posture
  - activité spontannée : gesticulat° au n° 4 mbres symétrique, recherche de mvts anormaux
  - État de vigilence
  - le cri
  - tonus passif et actif (manoeuvre du tiré-assis + épreuve de redresst)
  - RFlxes archaïques + d'adaptat° + ostéo-tendineux
  - recherche de déficit moteur ou sensoriel.

⚠ avant d'affirmer Dc de retard de dvlpt, il faut être prudent et refaire au besoin plz examens, à qlq sem d'intervalle.

- Quot° de dvlpt = $\frac{\text{âge de dvlpt}}{\text{âge chronologique}} \times 100$ — nle : 80 - 120 %
- Quot° intellectuel = $\frac{\text{âge mental}}{\text{âge chronologique}} \times 100$ — " (à partir 5-6ans)

Retard mental = QI < 70%

Fixe — Homogène
- ∅ acquisit° = retard ancien
- causes anté + périnatales : atteinte céréb : anoxie néonat (trauma obstét, souffrance foetale), convulsion néonat, malf°, HDC congénitale, Préma, inf° néonat, embryofoetopathie, ictère nucléaire, hypothyroïdie congénitale
- causes postnatales : méningite, méningo encéphalite, encéphalopathies convulsivantes, Sd West
- aberrat° chromosomiques : Trisomie 21.

évolutif = Progressif — dissocié
- Perte des acquisit° préalables = retard récent.
- causes métaboliques : phényl cétonurie, mucopolysaccharidose, galactosémie, sphingolipidose, mdis de surcharge.
- Hypothyroïdie congénitale.



RAA

c'est une maladie inflammatoire non suppurative survenant à distance d'une infect° des VAS par Streptocoque β hémolytique du grpe Ⓐ.

⚠ SBHA : . cocci gram ⊕ disposé en chaînettes, capsulé
- Prot M = virulence
- l'antigène streptolysine O est cardiotoxique
- " streptodornase B est aussi ⊕ au cours des { infect° cut / GNA.

* Dc sérologique de l'infect° streptococcique
  - ↗ des Ac : ASLO et DNase B
    ↳ durée de vie + prolongée ⇒ d'où intérêt ds Dc de Chorée de Huntington (cplct° tardive)

Etiopathogénie :

- pic de fréqce entre 4 - 19 ans (∄ angine avant 4 ans : amygdales non Dvlp ⇒ ∄ RAA)
- PE = exclusivement pharyngée { amygdales riches en tissu lymphoïde. / le tissu lymphoïde relie directement l'oropharynx au cœur.
- RAA est observée chez sujets ayant développés une réponse immune exagérée à l'agression microbienne.
- Rôle de l'environnement : condit° socio-économique (angine non ou mal traitée)
- Hôte : qlq groupes HLA sont susceptibles de faire RAA (HLA II DR4, DR2)

Physiopath :

Réponse immune inadaptée de l'hôte
↓
Format° de cplxes Ac - Ag circulants ds la circulat° gle.
↓
R° croisée avec les composants du tissu humain : valves du cœur, cerveau, tissu conjonctif, ...

Anapath :

Ⓘ exudat = R° infl° non spécifique au n° articulat° + cœur
Réversible
Ⓘⓘ Glomérulaire = Nodule d'Ashoff : nécrose fibrinoïde entourée de ⊄ infl
Ⓘⓘⓘ Régression = +/- fibrose cicatricielle

Topographie :

- endocarde !!! : au début fuites valvulaires
  puis des sténoses suite à rétract° (sclérose)
- myocarde, péricarde (jamais constrict°)
- Articulat° : jamais de séquelles (RAA lèche les art°, et mord le cœur)

Scanned by CamScanner

Clinique :

① au nᵛ des articulat° : Polyarthrite Â fébrile.

- Début : 2ᵈ infectieux.
- puis rapidemᵗ : atteinte articulaire :
  - Polyarthrite inflammatoire et douloureuse - tuméfact° rouge, chaude + DL spontannée/à palpat°/à mobilisat° active + limitat° de mobilité = boiterie.
  - au nᵛ des grosses articulat° : genoux, chevilles, coudes, hanches, poignets
  - fugace - l'articulat° touchée se libère 1-7 j, disparaît sans suppurat° ni séquelles.
  - mobile = migratrice : passe d'1 art° à l'autre.

⚠ l'arthrite a une réponse spectaculaire à l'aspirine.

→ Parfois formes atypiques : monoarthrite, polyarthralgies fébriles (ø signes inflᵃ)

② au nᵛ du cœur : ⇒ fait la gravité du RAA.

↳ au nᵛ endocarde = valvulaire = valvulite ⇒ ∃ souffle { IM : systolique apical. / IAo : diastolique au nᵛ base
Parfois IM grave ⇒ IC congestive puis après sclérose ⇒ RM, RAo.

↳ au nᵛ myocarde : myocardite rhumatismale.
à l'examen → tachycardie (précoce) / Galop présyst

↳ au nᵛ péricarde : - assourdissᵗ BDC
- frottemᵗ péricardique
- DL thx ↗ inspirat°

jamais de constrict° (= 0 séquelles)

⚠ frottemᵗ peut masquer souffle d'IM.

Classificat° des cardites :
↳ légère : petit souffle + ø CMG.
↳ modérée : souffle intense + ICT ≤ 0,55.
↳ sévère : souffle d'IM / IAo imp + ICT ≥ 0,55.

③ au nᵛ SNC : Chorrhée de Sydenham.
- Tardive : 2-6 mois après angine.
- mvts non coordonnées, involontaires et rapides au nᵛ tronc + extrémités
- + labilité émot°.
- disparaît la nuit.

④ au nᵛ cutannée : rares, mais grde valeur Dc.
↳ érythème marginé de Besnier : macules / papules rouges / violacées + ø prurit. jamais au nᵛ visage.
↳ nodules sous cutanés de Meynet : au nᵛ faces d'extension des art°

Examens complémentaires :

Biologie : • Σ^{d} inflᵗ : VS > 50 mm 1ʳᵉ h, CRP ⊕

⚠ en l'absence du Σ^{d} inflᵗ ⇒ RAA exclus sauf si prise d'anti-inflᵗ au préalable.

• preuve de l'infectᵗ = sérologies : ASLO et anti-DNAse B.
si ⊖ refaire les dosages 15 J après.

Bactério : - Écouvillonage de la gorge + culture (avant tt ATB)
- Test d'identificatᵗ antigénique rapide.

TLT : - rechercher cardiomégalie.
- suspicion péricardite.

ECG : • allongemᵗ du PR : traduit trble fl du tissu de conductᵗ. (PR > 0,16 s)
• TDR : BAV, ...
• microvoltage + sus décalage ST + T⊖ = péricardite.

Echo cœur : confirmer l'atteinte valvulaire, faire Dc de myocardite et de péricardite.
à faire 6 mois après Dc de RAA.

Dc ⊕ : Critères de Jones :

manifestatᵗ majeurs :	manifestatᵗ mineures :	Preuve de l'infectᵗ :
- cardite	- arthralgies	- culture ⊕ pharyngée
- polyarthrite.	- F°	- Ac ↗ : ASLO et anti DNAse B.
- chorrée	- VS ↗	
- érythème marginé.	- CRP ⊕	
- nodules s/cut.	- PR allongé.	

⇒ **Dc ⊕ si :** Preuve ß + { 2 signes majeurs / 1 signe majeur + 2 signes mineurs.

TRT :

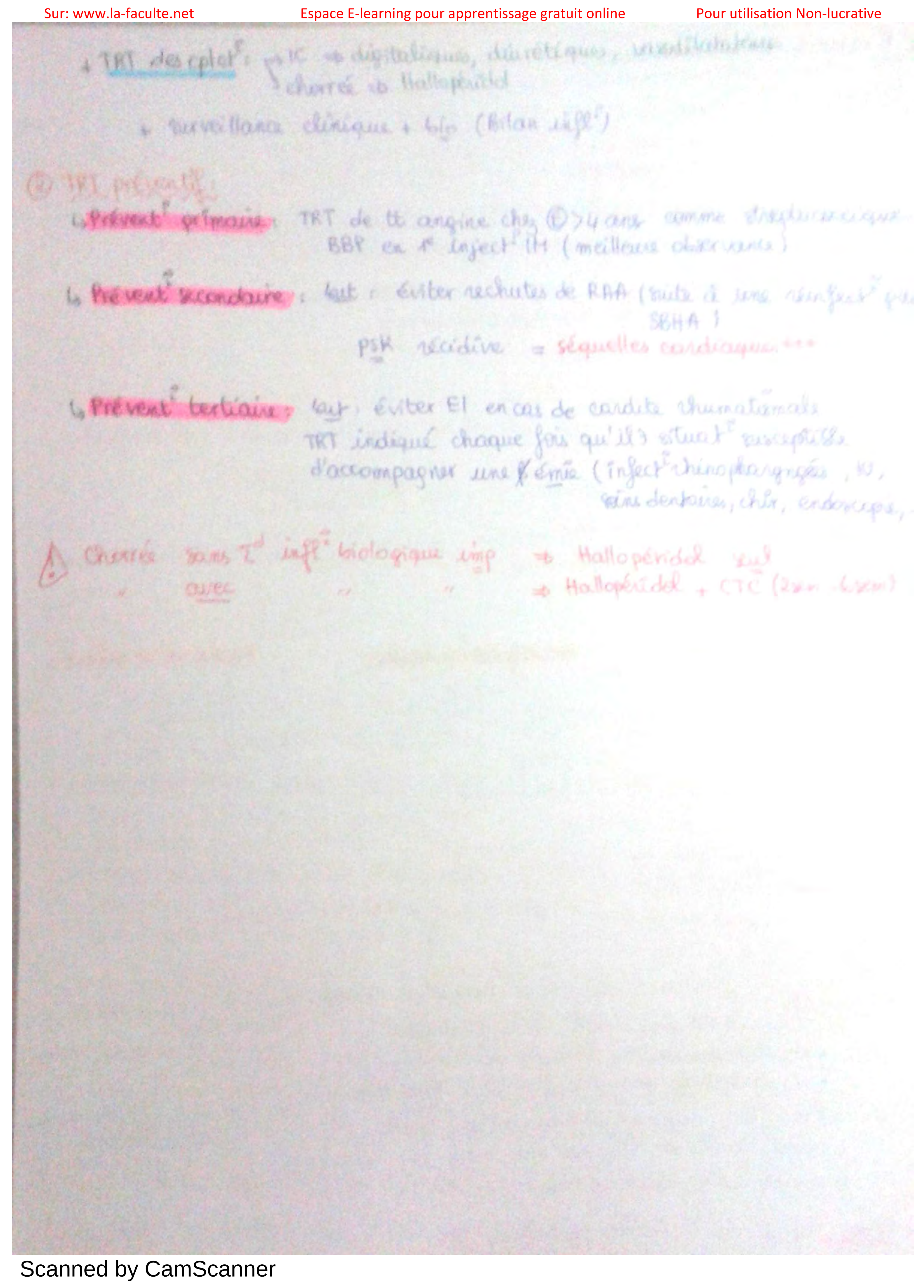
① **TRT curatif :**
- TRT anti-infectieux : Benzathine - Benzyl - péni en IM (Péni M) : 1ʳᵉ seule injectᵗ :
  - 600 000 UI ⇒ poids < 30 Kg.
  - 1 200 000 UI ⇒ " > ".
  - ou Péni V
  - ou Macrolide (Erythromycine) si allergie à la Péni.
- TRT anti-inflᵗ : CTC = Prednisone.
  - • dose d'attaque : 2 mg / Kg / J (ne pas dépasser 80 mg / J)
  - • " d'entretien : dégression progressive 5 mg / sem.

↳ ∅ cardite : attaque : 2 sem - entretien : 6 sem

↳ cardite légère - modérée : attaque : 3 sem - entretien : 6 sem

↳ cardite sévère : attaque : 3 sem - entretien : 9 sem

* **Rebond :** reprise du Σ^{d} inflᵗ bio pdt phase de dégression
  ↳ prolonger phase d'entretien d'une semaine.
* **Reprise :** réapparitᵗ du Σ^{d} inflᵗ bio + clinique
  ↳ retour à la dose d'attaque pdt 1 sem puis dégression prolongée.


+ TRT des cplct° : IC → digitaliques, diurétiques, vasodilatateurs
chorée → Hallopéridol
+ surveillance clinique + bio (bilan infl°)
② TRT préventif :
↳ Prévent° primaire : TRT de tt angine chez Ⓔ > 4 ans comme streptococcique
BBP en 1° inject° IM (meilleure observance)
↳ Prévent° secondaire : but : éviter rechutes de RAA (suite à une réinfect° par SBHA)
PSK récidive = séquelles cardiaques +++
↳ Prévent° tertiaire : but : éviter EI en cas de cardite rhumatismale
TRT indiqué chaque fois qu'il y a situat° susceptible d'accompagner une bactériémie (infect° rhinopharyngées, IU, soins dentaires, chir, endoscopie,
⚠ Chorée sans Σ infl° biologique imp → Hallopéridol seul
" avec " " → Hallopéridol + CTC (2sem - 6sem)

Infect° néonatales

- ensemble de mdies infectieuses (virales, B, parasitaires) contractées en intra-utérine, péri natal, post natal
- Problème de santé publique, grave : mortalité imp, surtt si préma
- contaminat° maternelle +++ = infect° materno-foetale.
  parfois contaminat° post natale = nosocomiale

2 grpes d'IBN

- Précoces avant 4°J materno-foetale
  - Strepto B +++
  - E.coli ++
  - 3 germes concernés :
    - E.coli
    - Strepto B
    - Listeria
- Tardives 5°–28°J
  - Primitive, materno-foetale
  - Nosocomiale, transmission post-natale lors de gestes invasifs (KT, intubat°, ...)
  - staph, entero B, BGN
  - traduct° clinique :
    - Bactériémie +++
    - méningite ++
    - cellulite +
    - pneumopathies

Physiopath de l'infect° :

* Les moyens de défense :
  - 1° ligne = placenta : MQ + trophoblastes + fact immunisants + AC + lymphokines
  - les mb = lorsqu'elles sont intactes
* immaturité du syst immunitaire néonatal : → ↑ss aux infect° B + virales.
  - capacité ↓ à produire les cytokines (TNF, IL6, IL12, INFγ) → ↓ activat° des ⊄ NK.
  - ↓ expression des m° d'adhésion + mauvaise réponse au chimiotactisme
  - Passage des IgG transplacentaire limité réponse du NNé à l'agent pathogène.
  - zone marginale de la rate n'est pas entièremt dvlpée avant 2 ans
  - taux complémt = 50% de celui de (A)
* mode de contaminat° :
  - transmission verticale +++ : par voie ascendante : infect° du liq amniotique ou en pernatal : lors du passage par la filière génitale.
  - voie hématogène : transplacentaire par bactériémie maternelle (ex: PNA)
  - transmission horizontale : IBN tardive = personnel soignant.

Dc(+) :

Aucun signe clinique n'est spécifique d'une infect° néonatale.

① anamnèse : Rechercher FDR d'une infect° néonat.
↳ pdt G sse : F°, IU, I. vaginale maternelle, rupture prématurée des PDE, cerclage, amniocentèse
↳ pdt accoucht : rupture prolongée des PDE, liq amniotique teinté, fétide, travail prolongé

Scanned by CamScanner

↳ [illegible] : Prémo sans cause, Apgar↓, détresse vitale, placenta anlé

FDR des IBN :

- Prématurité spontanée (inexpliquée)
- Signes de chorioamniotite : T° maternelle ≥ 38°C + ≥ 2 critères :
  - ↳ leucocytose > 15 000 /mm³
  - ↳ Tachycardie maternelle > 100/mn
  - ↳ " foetale > 160/mn
  - ↳ utérus sensible
  - ↳ odeur fétide du liq amniotique
- durée de rupture des mb prolongée > 12h
- colonisat° maternelle par SGB (dépistage systématique)

② **Clinique** : souvent ds 48h : TT NNé qui va mal sans raison → suspecter infect°

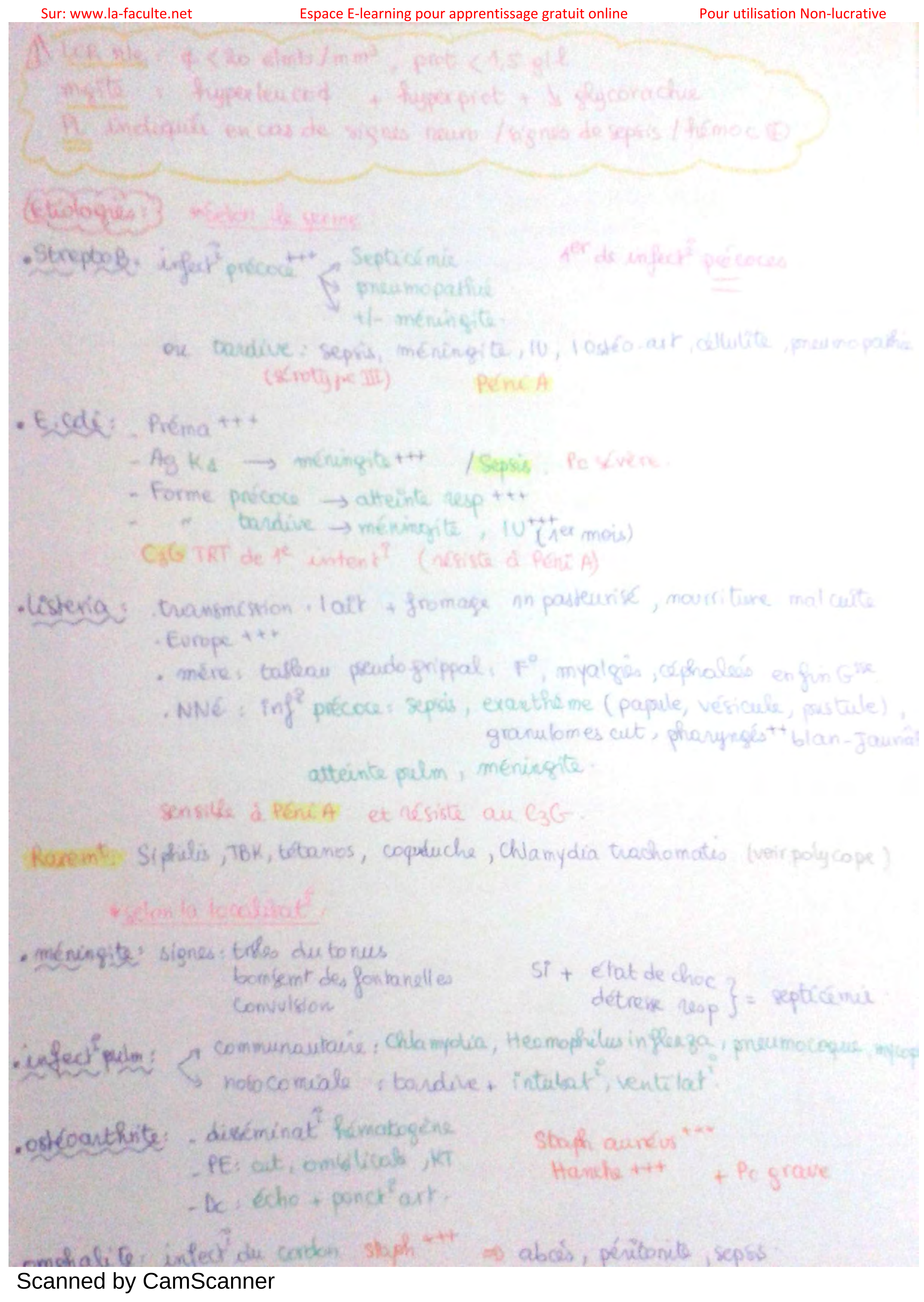
↳ signes généraux : T°/ hypoT°, refus de tétées, geignem^ts
↳ signes cut : teint gris, ictère précoce, érupt°, purpura, sclérème, omphalite
↳ trbles resp : détresse, signes de lutte, apnée, cyanose, tachypnée [illegible]
↳ trbles hémodynamiques : allongem^t du TRC, hypoT°, tachy/bradycardie, extr froids
↳ trbles neuro : somnolence, apathie, irritabilité, hypotonie/hypertonie, fontanelle tendue, convulsion
↳ trbles digestifs : ballonnem^t abd, diarrhée, vmst^s, HPMG, SPMG.

⚠ si NNé symptomatique (asphyxie néonatale, détresse resp) dès naissance = mortalité ↗↗ malgré TRT rapide puisque l'infect° a eu lieu en intra-utérin

③ **biologie :**

- FNS : leucopénie < 5000 /mm³ +/- myélémie
  - thrombopénie < 100 000 /mm³ (gravité)
  - PN immatures (nnsegmté) / PNN > 16%. J1, ≥ 15% J2, ≥ 8% ≥ J3
- bilan infl° : CRP > 10-20 mg/l (tardif → dosage répété)
  - Procalcitonine > 5 µg/l (plus précoce que CRP)
  - IL6 > 100 pg/ml
  - Fg > 3,8 g/l avant 48h, > 4 g/l après 48h — si < 1 g/l → CIVD, hypoxie, hypovolémie
  - + acidose métabolique
  - *[illegible] (post infl°) hypocalcémie*
- Bactério :
  - → Prlvt périph : précoce (6-12h) : liq gast, CAE, nez, cavum, placenta, méconium, ...
  - → Prlvt du foyer infectieux : abcès, pustule, ponct° art, coproculture, ECBU
  - → Prlvt centraux : Hémoc+++, examen du LCR

Scanned by CamScanner



⚠ LCR nle : Ø < 30 élmts / mm³ , prot < 1,5 g/l
mgite : hyperleucocyt + hyperprot + ↘ glycorachie
PL indiquée en cas de signes neuro / signes de sepsis / hémoc ⊕

(Etiologies) : *selon le germe

• StreptoB : infect° précoce +++ → Septicémie / pneumopathie / +/- méningite. — 1er des infect° précoces
ou tardive : sepsis, méningite, IU, ostéo-art, cellulite, pneumopathie (sérotype III) — Péni A

• E.coli : - Préma +++
- Ag K1 → méningite +++ / Sepsis . Pc sévère.
- Forme précoce → atteinte resp +++
- " tardive → méningite , IU +++ (1er mois)
C3G TRT de 1e intent° (résiste à Péni A)

• Listeria : . transmission : lait + fromage non pasteurisé , nourriture mal cuite
. Europe +++
. mère : tableau pseudo grippal : F°, myalgies, céphalées en fin G^sse
. NNé : Inf° précoce : sepsis, exanthème (papule, vésicule, pustule), granulomes cut, pharyngés ++ blanc-jaunât
atteinte pulm , méningite.
sensible à Péni A et résiste au C3G.

Rarem^t : Siphilis, TBK, tétanos, coqueluche, Chlamydia trachomatis (voir polycope)

*selon la localisat°.

• méningite : signes : trbles du tonus / bombem^t des fontanelles / convulsion
SI + état de choc / détresse resp } = septicémie

• infect° pulm : communautaire : Chlamydia, Heamophilus influenza, pneumocoque, mycop
nosocomiale : tardive + intubat°, ventilat°

• ostéoarthrite : - disséminat° hématogène
- PE : cut, ombilicale, KT
- Dc : écho + ponct° art.
Staph aureus +++ / Hanche +++ + Pc grave

• omphalite : infect° du cordon staph +++ ⇒ abcès, péritonite, sepsis

Scanned by CamScanner



TRT :

* Symptomatique :
  - Hospitalisat° + monitorage : FC, FR, T°, SaO_2.
  - Correct° des désordres métaboliques + maintenir les grdes f° vitales :
  - mise en incubateur
  - voie d'abord pour bilan + perfusion.
  - apport calorique entéral / parentéral.
  - ttt ≠ hydro-électrolytique + acido-basique + TRT de l'hypoglycémie
  - TRT des trbles d'hémostase + collapsus
  - O_2

* ATB : initialemt probabiliste + Bactéricide + synergique + bonne diffusion méningée

en 1° intent° : Ampi / Amox + Aminoside (Gentamycine)
" + " + Céfotaxime

⚠ Ds notre pays, puisque E. coli le plus incriminé → C3G + Aminoside.

puis adapté selon ATBgramme. anaérobies : Péni A + Métronidazole

Durée
→ sepsis = 10 J si hémoc ⊖, ∅ sévérité = 7 J
→ méningite = 21 J
→ pulm = 7 J
→ IU = 10 J

⚠ Pour aminosides = toxicité = TRT court < 72 h.

Bronchopneumopathies virales

* Bronchiolite À virale : infect° des VRB = bronchioles chez Ⓔ < 2ans
  cause frqte d'H° chez Ⓝ.
  * pic 2 et 6 mois
  * Automne + Hiver
* le Dc est clinique : - symptômes des VRS : (voie resp sup) rhinorrhée
  - infect° VRB → respirat° sifflante +/- crépitants
* la cause la plus frqte est virale (VRS) puis Rhinovirus

① Reconnaître la bronchiolite :

anamnèse + examen clinique.

- Début : rhume = écoulemt nasal + F° < 38,3°c pdt 2-3 J.
- puis : toux + détresse resp : ↗ FR, tirage, resp° sifflante, sibilants, s/crépitants

Très contagieuse : sécrét°, mains + matériel souillés.

+ surveillance étroite et observat° répétée

② Classer la bronchiolite :

en évaluant les FDR / les signes de gravité.

les signes de gravité :

- Polypnée > 70/'
- battemt des ailes du nez
- Tirage IC, S/C, SS
- geignemt exp
- Cyanose
- aspect toxi-infectieux
- mauvaise alimentat° (< 50% apports habituels)
- mauvaise hydratat°
- agitat°, léthargie (suite hypoxémie ou iR)
- apnée +/- cyanose +/- bradycardie

⚠ 1 seul signe de gravité = Ⓗ°

FDR de bronchiolite sévère ou compliquée :

- Préma < 35 sem
- âge < 6 sem
- mdie pulm chr (dysplasie, Mucoviscidose)
- cardiopathie congénitale
- mdie neuro-musc.
- immunodéficience
- mauvaises CSE.

⚠ 1 seul FDR suffit pour faire bronchiolite sévère.

* Les indicat° d'H° :
  - aspect toxique, mauvaise alimentat°, léthargie, DSH.
  - détresse resp : battemt des ailes du nez, tirage, FR > 70/', cyanose.
  - apnée
  - hypoxémie + SaO_2 < 90% s/air
  - Mauvaise CSE.

* Critères d'admission en USI :
  - impossibilité de maintenir SaO_2 > 92% s/O_2.
  - Épuisemt : respirat° superficielle, pauses respiratoires.
  - apnées.

Au total :

- Bronchiolite ∅ signes de gravité + ∅ FDR :
  - PEC ambulatoire.
  - Soins de soutien + conseils préventifs : hydratat° adéquate + drainage rhino-pharyngé + suivi de la progregression de mdie

- Bronchiolite ∅ signes de gravité + ∃ FDR :
  - mise en observat° pdt 2-4 h
  - soins de soutien + surveillance étroite.

- Bronchiolite sévère : ∃ ≥ 1 signe de gravité : Hospitalisat°

↳ Examens compl ? . TLT si
  - DR sévère
  - signes focaux : ∅ MV, crépitants en foyer.
  - aggravat° soudaine de DR.

  . FNS + CRP si
  - NNé < 28 J
  - tt âges si ∅ améliorat° après 3 J.

③ PEC :

- Bronchiolite non sévère : ∅ FDR + ∅ signes de gravité :
  - PEC ambulatoire ⇒ soins de soutien

  !!! Aucun TRT : CTC, bronchodilatateurs, ATB, antitussifs, anticongestionnants
  ↓
  aucun avantage + ↗ coût des soins + Effets II.

- Bronchiolite + ∅ signes de gravité + ∃ FDR :
  - mise en observat° 2-4 h avec surveillance tt 15-20' des paramètres resp pour dépister apparit° des signes de gravité

• **Bronchiolite sévère :** ∃ ≥ 1 signe de gravité :

- Hospitalisat°.
- Soins de soutien +++ : lavage du nez au SSI + aspirat° nasale.
- surveiller les apports ; maintenir > 75% apports habituels
- " la diurèse
- fractionnem^t des tétées ; petites tétées fréquentes ou sonde naso-gastriq
  si DR grave : suspendre alimentat° orale pour éviter fausses routes + administrer les liquides en IV.
- O_2 → SaO_2 > 90-92%.

⚠ parfois, au cours du 2e épisode + terrain atopie à l'anamnèse
⇒ nébulisat° de Salbutamol
↓ évaluer réponse à 1h.

si ∅ réponse ↓ suspendre nébulisat°

si réponse ✓ : continuer nébulisat° /4-6h
lorsque les signes de DR ont disparu
↓
arrêt de nébulisat°.

• **critères de sortie de l'H°:**

- FR nle :

	Fréq resp	FC
2-12 mois :	< 50 /'	< 160 /'
1-2 ans :	< 40 /'	< 120 /'
> 2 ans :	< 30 /'	< 110 /'

- ∅ DR
- Patient stable s/ O_2 supplémentaire.
- prise orale suffisante pour éviter DSA (> 75% des apports habituels)
- SaO_2 stable > 92% s/air y compris pdt sommeil.
- bonne compréhension des conseils aux parents.

⚠ Prévent° par vaccinat° contre virus de la grippe pour Ⓝ > 6mois + FDR

Scanned by CamScanner